N° 20

DE LA

PNEUMONIE TYPHOÏDE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

le 5 avril 1884

PAR

J. BOSCH

Né à Prades (Pyrénées-Orientales)

EX-MÉDECIN DE LA MARINE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

HAMELIN FRÈRES

1884

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT ✲ ✲..... DOYEN
COMBAL..... } ASSESSEURS
GRASSET..... .....}

PROFESSEURS :

Opérations et appareils.....	MM. BOUISSON, O. ✲✲, DOY. HON.
Pathologie externe.....	BOYER ✲.
Accouchements	DUMAS ✲.
Clinique médicale	DUPRE ✲ C. ✲.
Anatomie	BENOIT ✲ ✲.
Clinique médicale	COMBAL ✲ ✲.
Clinique des maladies mentales et nerveuses..	CAVALIER ✲.
Physique médicale	MOITESSIER ✲.
Anatomie pathologique et histologie	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	JAUMES.
Clinique chirurgicale	DUBRUEIL ✲.
Chimie médicale et pharmacie.	ENGEL.
Hygiène	BERTIN-SANS.
Pathologie interne	CASTAN.
Thérapeutique et matière médicale.....	GRASSET.
Botanique et histoire naturelle médicale.	PLANCHON ✲✲.
Physiologie, chargé du cours.....	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale.....	N.

PROFESSEURS HONORAIRES

MARTINS (O.✲), FONSSAGRIVES (O.✲), COURTY ✲.

CHARGÉS DE COURS :

Clinique des maladies des enfants	MM. BATLLE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	GAYRAUD.
Clinique des maladies des vieillards.....	HAMELIN.

AGRÉGÉS :

MM. JACQUEMET	MM. CHALOT	MM. DUMAS fils
DE GIRARD	BIMAR	BLAISE
SERRE	LANNEGRACE	BAUMEL
ROUSTAN	MOSSE	VILLE
CARRIEU	REGIMBEAU ✲	GRANEL
MAIRET	TEDENAT	

M. F.-J. BLAISE, *secrétaire*.

Examinateurs de la thèse :

MM. BOYER, *président ;*
CAVALIER, professeur ;
JACQUEMET, agrégé ;
BAUMEL, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

J. BOSCH.

A M. LE DOCTEUR SAVATIER

MÉDECIN EN CHEF DE LA MARINE, OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. LE DOCTEUR J. PALMADE

MÉDECIN DE 1re CLASSE DE LA MARINE, CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR AGRÉGÉ D'ANATOMIE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE NAVALE DE ROCHEFORT

J. BOSCH.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534908_0067

INTRODUCTION

Beaucoup plus fréquente en Angleterre, en Allemagne et en Italie qu'en France, la pneumonie typhoïde a été particulièrement étudiée dans ces pays pendant ces dernières années. Au moment où nous nous proposons de soumettre à la bienveillante appréciation des maîtres de cette École notre étude de cette affection, paraissait dans les *Archives générales de médecine* (mars 1884) un remarquable travail dû à M. le professeur Hayem et à M. Gilbert, interne des hôpitaux. Les conclusions de ce travail n'ont pas modifié notre opinion; c'est pourquoi nous avons persisté à relater et à discuter les cas de pneumonie typhoïde que nous avons observés à l'hôpital de la marine de Rochefort.

Après avoir donné nos observations, nous avons sommairement discuté, dans une série de chapitres, l'étiologie et la nature de cette affection, si souvent méconnue, surtout à ses débuts; puis la symptomatologie et son anatomie pathologique, pour arriver à en établir le diagnostic.

DE LA

PNEUMONIE TYPHOÏDE

HISTORIQUE

Ce n'est que dans ces dernières années que la pneumonie typhoïde a été constituée comme une espèce particulière.

Sous les noms de péripneumonie (Hippocrate), de pneumonie (Aretée), les anciens confondaient toutes les maladies aiguës des voies respiratoires.

Laënnec, dans son *Traité de l'auscultation médiate*, distingue et décrit cinq espèces de pneumonie.

En 1835, en Allemagne, Eisenmann décrit le pneumo-typhus.

C'est en 1842 seulement, dans l'*American Journal*, que Gibbes décrit pour la première fois, sous le nom de *pneumo-typhoïde*, une épidémie particulière.

En France, c'est Grisolle, dans son *Traité pratique de la pneumonie*, en 1846, qui, le premier, décrivit cette affection.

Mais c'est surtout Dietl, en 1855, qui décrivit la pneumo-typhoïde. En étudiant, en effet, la pneumonie, complication de la période d'état de la dothiénentérie, il dit avoir trouvé « des typhiques qui, dès les premiers jours, présentent une pneumonie comme si le processus

intestinal se portait en tout ou partie sur les poumons. Ces pneumonies attaquent les lobes inférieurs ; l'hépatisation est étendue ; les signes physiques sont aussi nets que possible. Ce sont là les vraies pneumo-typhoïdes, dans le sens clinique du mot, et ce sont elles qui ont été décrites anciennement sous le nom de *pneumonies nerveuses* et, de nos jours, sous celui de *pneumonies typhiques*

Le diagnostic en est souvent difficile, quelquefois même impossible. Dans quelques cas, on voit apparaître un léger exanthème, en même temps que la pneumonie ; d'autres fois l'exanthème ne survient qu'après. Enfin, dans quelques cas, il n'y en a pas du tout, et le diagnostic n'est fait, et encore pas toujours, qu'à l'autopsie. »

Donc Dietl les considère comme de la nature même de la dothiénentérie, les deux affections se développant simultanément sous une même influence.

Plus près de nous, en 1860, MM. Hérard et Gauchet publient dans l'*Union médicale* une observation très-complète de pneumonie typhoïde. Puis vient la relation de Kremer (1863), qui établit la localisation, dans certaines épidémies, du poison typhique sur le poumon ; et c'est ainsi qu'il fait, suivant l'ordre d'apparition et l'intensité des symptômes pulmonaires ou intestinaux, un pneumo-typhus primitif, un pneumo-typhus secondaire, le premier évoluant trop rapidement pour que l'on rencontre, à l'autopsie, les lésions intestinales.

Gherardt et son élève Garbagno publient, en 1875, la relation d'une épidémie de pneumo-typhoïde dans laquelle les malades ont présenté, avec tous les signes d'une véritable pneumonie, l'augmentation de volume de la rate, la roséole, la diarrhée et le météorisme, caractéristiques de l'infection typhique.

Enfin, dans ces dernières années, nous avons à signaler les communications des docteurs Lépine, Banti, Rarrella et Ch. Floquet, qui, considérant les pneumonies au début de la fièvre typhoïde, arrivent à peu près aux mêmes conclusions, les uns admettant l'action directe du poison typhique sur les poumons et, par conséquent, la possibilité de pneumonies de nature typhique sans lésions intestinales, et revenant

ainsi à l'opinion précédemment émise par Gherardt, les autres moins affirmatifs n'arrivant pas à conclure à l'identité de nature.

Pour être complet, nous rappelerons l'article signalé dans notre introduction, de M. le professeur Hayem, qui a été publié dans les *Archives générales de médecine* (mars 1884).

Observation I

Morin (Victor), soldat au 3e régiment d'infanterie de marine, entré à l'hôpital de Rochefort, le 26 juin 1883.

Se plaint, depuis une quinzaine de jours, de malaise général : céphalalgie, frissonnements, avec un peu de fièvre le soir et de diarrhée.

A éprouvé hier, le 25, un point de côté à droite.

Antécédents morbides particuliers et héréditaires : nuls.

A son entrée, on constate :

Habitus extérieur. — Démarche vacillante, langue tremblotante et noire, facies fatigué. Etat de stupeur et d'abattement. Réponses vagues et contradictoires.

Température axillaire : 39°7. — Pouls à 115 p.

Appareil respiratoire. — Point de côté à droite ; dyspnée intense. Toux peu fréquente ; expectoration sanguinolente, rougeâtre, aérée.

Vibrations thoraciques conservées. Matité à la base du poumon droit en arrière. Bronchophonie à la partie moyenne ; quelques râles muqueux à la base, masqués par des frottements.

Appareil circulatoire. — Rien à signaler.

Appareil digestif. — Langue rouge à la pointe, noirâtre à la partie moyenne ; selles nombreuses, diarrhéiques.

Prescription : bouillon ; potion de polygala, 120 grammes ; ipeca, 20 centigrammes ; sirop diacode, 30 grammes ; ventouses scarifiées.

27 juin. — Agitation dans la nuit. Langue noirâtre. Abdomen légèrement météorisé ; gargouillements dans la fosse iliaque droite ; selles diarrhéiques.

Du côté de la poitrine, toux fréquente, expectoration peu colorée ; le point de côté a disparu ; frottements à la base du poumon droit.

Matin, T. 40°4. — P. 126. — R. 27
Soir, T. 40°4. — P. 120. — R. 29

Densité des urines : 1012. Faible quantité d'albumine. Chlorures, 11 grammes.

28.— Le point de côté a reparu ; un peu moins de dyspnée. Toux fréquente pendant la nuit ; expectoration moins visqueuse, rougeâtre. Exagération des vibrations thoraciques. Bronchophonie ; souffle léger à la partie moyenne du poumon droit en arrière. Langue plus humide, moins rôtie. Selles nombreuses, diarrhéïques, jaunâtres, à odeur fétide. Abdomen météorisé.

Peau chaude, moite ; pouls plein.

Matin, T. 40°8.—P. 120.—R. 32.
Soir, T. 40° — P. 120.—R. 35.

Densité des urines : 1008. Un peu d'albumine. Chlorures, 8 grammes.

Prescription : bouillon, bourrache miellée, potion au polygala ; opium, 0,10 centigrammes en 4 pilules ; julep sulfaté à 30 grammes.

29.— Subdelirium dans la nuit ; selles diarrhéiques fétides.

Expectoration jus de réglisse. Les frottements pleuraux ont disparu.

Respiration soufflante, tubaire à la partie moyenne ; quelques râles crépitants au même niveau.

Matin, T. 39°8.—P. 115.—R. 30.
Soir, T. 40° —P. 108.—R. 30.

Densité des urines : 1012. Un peu d'albumine. Chlorures, 9 grammes.

30.— La stupeur persiste; météorisme abdominal. Expectoration visqueuse, jus de pruneaux. Souffle tubaire dans toute l'étendue du poumon droit; râles muqueux dans les deux poumons.

Matin, T. 40°2.—P. 120.—R. 32.
Soir, T. 40° —P. 116.—R. 48.

Densité des urines: 1012. Pas d'albumine. Chlorures, 9 grammes.

Prescription: bouillon, lait, bourrache miellée. Potion avec infusion de polygala, 120 grammes; poudre d'ipéca, 0,30 centigrammes; sous-acétate d'ammoniaque, 15 grammes; julep sulfaté à 30 grammes.

1er juillet.— L'état de stupeur persiste; parole brève, saccadée.

Dyspnée. Râles crépitants dans la moitié supérieure du poumon droit. Expectoration moins abondante, mais jus de pruneaux.

Délire dans la nuit; soif intense; selles liquides, fétides. Météorisme de l'abdomen. Eruption pétéchiale à la partie supérieure de la poitrine.

Matin, T. 39°8. — P. 120. — R. 36.
Soir, T. 40°3. — P. 120. — R. 40.

Densité des urines: 1012. Un peu d'albumine. Chlorures, 6 grammes.

Prescription: lotions vinaigrées sur le corps; lavement phéniqué; potion de Todd.

2. — Subdelirium persistant. Le malade souffre de partout. Lassitude extrême. Crachats jus de pruneaux, mélangés de crachats grisâtres.

Matin, T. 40°2. — P. 130. — R. 40.
Soir, T. 40°5. — P. 140. — R. 44.

Un peu d'albumine dans les urines; 4 grammes de chlorures.

3.—Langue rôtie, dents fuligineuses, tympanisme abdominal. Pouls filiforme; céphalalgie intense. Troubles de la vue: le malade voit les objets colorés en bleu.

Expectoration jus de pruneaux. Quelques crachats grisâtres.

Matin, T. 40°5. — P. 135. — R. 39.
Soir, T. 40°7. — P. 130. — R. 40.

Chlorures, 3 grammes. Urée, 26 grammes.

4. — Pouls petit, tremblotant. Céphalalgie intense. Stupeur. Face violacée. Cyanose des ongles.

Expectoration grisâtre, purulente.

3 grammes de chlorures.

Décédé à deux heures de l'après-midi, le 4 juillet 1883.

Autopsie pratiquée trente-six heures après la mort:

Morin (Victor), né le 12 mai 1864, au Bois (Charente-Inférieure), soldat au 3e régiment d'infanterie de marine; entré à l'hôpital le 26 juin 1883 ; décédé le 4 juillet, à deux heures précises du matin.

Habitus extérieur. — Teinte verdâtre de l'abdomen. Ecchymoses et lividité sur la face et le tronc. Traces de pétéchies sur la poitrine.

Cavité thoracique. — 60 grammes de liquide séreux dans le péricarde. Adhérences en arrière et en haut dans la plèvre diaphragmatique gauche ; adhérences plus fortes du côté droit, dans la plèvre costale.

Le poumon droit est hépatisé, sauf le bord extérieur et la languette costo-diaphragmatique. A la coupe, le tissu est résistant et donne la sensation du tissu hépatique ; il s'écoule un peu de liquide rougeâtre, mélangé à une petite quantité de pus.

Cavité abdominale. — Le gros intestin est météorisé. L'intestin grêle présente un volume normal ; du côté de la valvule iléo-cœcale, il présente à l'extérieur une coloration rouge violacée. A la coupe, l'intestin contient une substance jaune verdâtre et légèrement sanguinolente par places. Après le lavage, on constate une arborisation très-intense, commençant à la valvule iléo-cœcale et remontant à 20 ou 30 centimètres environ ; le reste de l'intestin paraît très-aminci.

Le foie pèse 1,552 grammes ; il est normal.

La rate pèse 275 grammes ; à la coupe, elle est ramollie, diffluente, et présente à certains endroits l'aspect de bouillie.

Les reins pèsent 225 grammes chacun environ, paraissent un peu congestionnés ; les deux substances sont très-distinctes.

Le pancréas est induré.

Cavité crânienne. — N'a pas été ouverte

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Poumons. — Les alvéoles sont remplies et distendues par des globules rouges, des globules blancs. On ne remarque pas le reticulum fibrillaire de fibrine formant des mailles comme dans la pneumonie fibrineuse.

Les parois alvéolaires ne présentent aucun épaississement.

Les vaisseaux lymphatiques de la surface du poumon apparaissent remplis d'éléments cellulaires. On remarque des globules blancs, des globules rouges, des cellules endothéliales modifiées, mais pas de fibrine.

On remarque par places des granulations pigmentées.

Intestins. — Les villosités présentent une grande quantité de granulations pigmentaires. Les glandes de Lieberkühn sont allongées. Le tissu conjonctif situé entre les glandes est infiltré d'éléments ronds.

Dans la couche profonde de la muqueuse, on voit de larges espaces circulaires qui paraissent beaucoup plus développés en certains points. On distingue les mailles du tissu réticulé des follicules lymphatiques contenant une grande quantité de cellules lymphatiques.

Rate. — Les corpuscules de Malpighi sont très-apparents et très-développés.

Pancréas. — Les acini paraissent hypertrophiés. On remarque en certains points des granulations graisseuses.

Si nous résumons cette observation, nous remarquons que le sujet est un jeune soldat, robuste, sans antécédents morbides et héréditaires. Son aspect, à son arrivée à l'hôpital, était empreint de stupeur et d'abattement, en rapport avec une maladie générale infectieuse.

Les signes d'une pneumonie se sont dessinés aussitôt son entrée, mais on sentait que la maladie ne suivait pas sa marche normale. L'expectoration fibrineuse était rare ; les crachats, d'abord sanguinolents, ont tourné rapidement au jus de pruneaux et à la purée grisâtre.

Enfin, l'anatomie pathologique macroscopique et microscopique nous révèle les lésions spéciales à la fièvre typhoïde plutôt qu'à la pneumonie.

Ce qu'il y a de particulier, c'est que nous avons affaire ici à une pneumonie du sommet, et que la plupart des cas signalés de pneumo-typhoïde siégeaient aussi au sommet.

M. Peter a donné une explication de la gravité de la pneumonie du sommet. Il a cru trouver la raison de cette gravité dans les conditions de fonctionnement moindre de cette partie de l'organe.

« La pneumonie du sommet, dit M. Peter, est plus fréquente dans » un organisme moins résistant; car le poumon est histologiquement » un organe peu vivant et, par suite, peu résistant, et le sommet de » cet organe est la partie la moins résistante encore. »

Cette explication est basée sur l'influence des passions tristes, de l'alcoolisme, de la sénilité, de la cachexie.

« La pneumonie du sommet, dit Monneret, expose le malade à de » plus grands dangers, et l'on a à redouter, plus que dans les autres » pneumonies, les symptômes adynamiques, le délire et la terminaison » par suppuration. La manifestation de l'ictère est plus commune que » dans les pneumonies qui affectent un autre siége. »

M. Peter fait remarquer que ce n'est pas la pneumonie du sommet qui expose à de plus grands dangers; mais qu'il n'y a ces dangers plus grands qu'en raison de la gravité de l'état général antérieur dont la pneumonie est la façon d'être naturelle, l'expression anatomique, comme le délire, les accidents adynamiques, l'ictère, en sont l'expression fonctionnelle et générale.

M. Peter a donc mis parfaitement en relief l'influence de l'état général sur la production et la gravité de la pneumonie du sommet. Cet

état général dépend le plus souvent d'une diathèse, d'une cachexie, de l'alcoolisme ou de la sénilité; mais, quand aucune de ces conditions ne peut être raisonnablement invoquée, et que cette forme de pneumonie survient chez un jeune soldat antérieurement toujours très-bien portant et sans aucun antécédent héréditaire, il faut bien invoquer une autre cause générale, et nous ne pouvons la trouver que dans la coexistence d'une maladie infectieuse.

Observation II

Baquet (Pierre), âgé de vingt et un ans (Basses-Pyrénées), soldat au 3e régiment d'infanterie de marine.

Entré à l'hôpital le 8 décembre 1883.

8. — Malade depuis quatre jours, ce jeune soldat est parti de chez lui, il y a quatre jours, souffrant d'une céphalalgie intense. Il avait eu en même temps un frisson violent, et avait, dit-il, la fièvre toute la nuit. Cet état s'est maintenu pendant tout le voyage, jusqu'à l'arrivée à Rochefort.

Depuis deux jours, il souffre également d'un point de côté à droite. Est envoyé d'urgence à l'hôpital.

A son arrivée, on constate de la rougeur aux pommettes, de la stupeur, un pouls très-fréquent, respiration anxieuse.

A la palpation, diminution des vibrations thoraciques dans le tiers inférieur et postérieur du poumon droit.

A la percussion, matité à droite et en arrière.

A l'auscultation, râles crépitants au sommet droit, souffle tubaire dans tout le poumon. Rien d'anormal ni à gauche, ni en avant. Presque pas d'expectoration.

Le ventre est légèrement ballonné; tympanisme léger dans la fosse iliaque droite, qui est très-douloureuse à la pression. Langue très-saburrale.

Température axillaire, 40°3. — Pouls, 132 pulsat. — R. 36.

9. — Le malade a passé une très-mauvaise nuit; beaucoup de cauchemars. Langue très-saburrale, un peu sèche.

Le ventre est ballonné, peu douloureux. Une selle diarrhéique ce matin. Epistaxis hier dans la soirée. Les urines sont rouges; leur densité est de 1018; elles contiennent de l'albumine en assez grande quantité.

Mêmes signes stéthoscopiques que la veille. Expectoration presque nulle, striée de sang.

Matin, T. 40°1. — P. 130.
Soir, T. 39°8. — P. 120.

10. — Délire persistant. Le ventre est toujours ballonné. Selles diarrhéiques; langue rôtie.

Du côté des organes thoraciques, souffle tubaire plus marqué; matité plus nette et plus étendue. Expectoration très-rare, rouillée.

Matin, T. 40°1. — Pouls, 132.
Soir, T. 40°2. — Pouls, 130.

11. — Délire plus fort, toute la nuit. Le malade est tombé de son lit à plusieurs reprises. La langue, sèche, commence à paraître rôtie. Le ventre est peu douloureux, mais ballonné. Cette nuit, deux selles diarrhéiques très-fétides.

Matin, T. 39°1.— P. 130. — R. 44.
Soir, T. 40°5. — P. 160. — R. 48.

Le pouls est vif, fréquent, plein; une intermittence de loin en loin.

Baquet succombe le 12 décembre, à six heures du matin.

Autopsie pratiquée 26 heures après la mort:

Habitus extérieur. — Homme d'une forte musculature. Hypostase dans les parties déclives, et principalement au cou.

Cavité thoracique. — Légères adhérences à la surface du poumon droit. Les deux feuillets de la plèvre droite, même de la plèvre diaphragmatique, sont recouverts d'une couche de fausses membranes molles, récentes.

On trouve dans les cavités pleurales 200 à 300 grammes de liquide séro-purulent. Le poumon est hépatisé; à la coupe, il est dur, d'une coloration rouge foncé. La plèvre gauche est saine, le poumon gauche également. Le péricarde contient une petite quantité de liquide séro-sanguinolent. Le cœur, normal, contient dans ses cavités ventriculaires un liquide couleur groseille, mais pas de caillots. Après lavage, l'endocarde paraît sain et les valvules intactes.

Cavité abdominale. — Le gros intestin est fortement météorisé. Le petit intestin, ratatiné, est légèrement dilaté en certains points. A la coupe, l'intestin contient un liquide jaunâtre ; les valvules conniventes paraissent normales; on ne remarque aucune saillie à l'opposé du mésentère; par places, arborisations assez accentuées et ecchymoses.

Les ganglions mésentériques paraissent augmenter de volume, mais légèrement.

La rate est normale: son poids est de 215 grammes.

Rien du côté du foie.

Les reins sont volumineux, assez congestionnés. Les deux substances sont peu distinctes à la coupe.

Voici donc un homme qui a présenté concurremment tous les symptômes d'une pleuro-pneumonie et d'une fièvre typhoïde. En même temps, en effet, qu'apparaissaient le frisson, le point de côté, la dyspnée et l'expectoration caractéristique de la pneumonie, survenaient de la stupeur, du délire, une épistaxis, le ballonnement du ventre et la diarrhée. Ces deux affections, se développant en même temps ou, pour mieux dire, n'en faisant qu'une, trouvent dans les résultats que nous donne l'autopsie une consécration évidente, et peuvent bien être rangées dans la variété pneumo-typhoïde.

Observation III

Demier (Pierre), âgé de 27 ans, né à Soubise (Charente-Inférieure), ouvrier aux constructions navales.

Entre à l'hôpital le 24 novembre 1883.

25 novembre. — Cet homme dit avoir éprouvé, il y a quatre jours, un accès de fièvre qui a débuté par de la chaleur. Le soir, il ressentit une douleur très-violente dans la région sous-mammillaire droite.

Antécédents héréditaires, nuls. Antécédents morbides : accès de fièvre intermittente, mais jamais d'affection de l'appareil respiratoire.

La fièvre est continue depuis quatre jours. A son entrée à l'hôpital, on constate de la congestion de la face; pouls plein, fréquent, très-vif. Expectoration presque nulle. Dyspnée assez forte.

A la palpation : diminution très-légère des vibrations thoraciques, à droite.

A la percussion : submatité du côté droit.

A l'auscultation : souffle bronchique très-rude dans toute l'étendus du poumon droit. On entend quelques frottements pleuraux dans le tiers moyen. A gauche, on perçoit quelque râles muqueux.

Appareil circulatoire.— La pointe du cœur bat dans le sixième espace intercostal, en dedans du mamelon. Les bruits du cœur sont voilés. La matité n'est pas augmentée.

Appareil digestif. — Langue très-saburrale; anorexie ; ventre souple, indolent; constipation.

Le malade, qui a peu dormi cette nuit, est très-fatigué et très-inquiet.

Matin, T. 40°. — P. 120. — R. 36.
Soir, T. 40°2. — P. 128.

26. — On constate de la matité absolue du côté droit, en arrière et en bas; disparition des vibrations thoraciques.

Souffle bronchique très-rude; bronchophonie vers la partie inférieure dn poumon.

Langue toujours saburrale, mais humide. Quelques vomissements bilieux. Céphalalgie très-forte. Insomnie. Inquiétude. Pouls petit et fréquent.

Matin, T. 39°6. — P. 152. — R. 48.
Soir, T. 40°. — P. 154. — R. 52.

27. — Pas de souffle. On ne perçoit aucun râle. L'expectoration, devenue plus abondante, est rouillée.

La langue est saburrale, le ventre dur et douloureux à la pression. La constipation persiste. Subdelirium cette nuit.

Matin, T. 40°.1. — P. 152. — R. 44.

Le soir, la respiration est anxieuse, très-fréquente. Le pouls filiforme est très-fréquent. L'expectoration a été nulle dans la journée. On entend des râles muqueux très-abondants des deux côtés de la poitrine. Menace d'asphyxie. 1 gr. 50 d'ipéca, administré immédiatement, ne provoque que quelques vomissements; cependant les rhoncus disparaissent momentanément, tandis que le pouls semble se relever.

Dans la nuit, la respiration devient de plus en plus embarrassée; cyanose des muqueuses et des extrémités. Le malade meurt asphyxié, à une heure et demie du matin.

Autopsie pratiquée 30 heures après la mort:

Habitus extérieur. — Homme bien constitué. Large vésicatoire en arrière sur l'hémithorax droit. Traces de ventouses scarifiées en avant et à droite; nombreuses ventouses sèches sur la poitrine.

Cavité thoracique. — Nombreuses adhérences avec le sternum du côté droit. Il y a en avant une véritable couche de fausses membranes, sous lesquelles on trouve du pus. Dans la cavité pleurale droite, il y a environ 0,500 grammes de liquide citrin. Rien dans la plèvre gauche. Les deux lobes inférieurs du poumon droit sont hépatisés, et même en certains points de ces deux lobes on trouve de l'hépatisation grise.

Le lobe supérieur, relativement sain, est très-congestionné. Le poumon gauche crépite bien partout; mais, à la coupe, il est congestionné. Rien du côté du péricarde ni du cœur.

Cavité abdominale. — Le foie est très-volumineux; il dépasse de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes. Son poids est de

2,500 grammes. A la coupe, on le voit très-congestionné. Écoulement abondant de sang.

La rate est également augmentée de volume, congestionnée et même ramollie en quelques points. Elle pèse 500 grammes.

Les reins sont de volume normal ; à la coupe, ils paraissent légèrement congestionnés.

L'intestin paraît sain dans toute son étendue.

Cette observation est loin de présenter le type désigné sous le nom d'*état typhoïde*, au même point que les deux premières. On m'objectera sans doute que la tuméfaction du foie et de la rate n'est due qu'à l'influence du paludisme, puisque nous trouvons dans les antécédents du malade des accès de fièvre intermittente. Mais l'évolution brusque de la maladie, sa terminaison fatale et la disparition des signes physiques de la pneumonie au moment où survient l'asphyxie, nous semblent pouvoir faire admettre l'influence du poison typhique plutôt que celle du miasme paludéen, et, par conséquent, nous permettre de la faire rentrer dans la classe des pneumonies asthéniques ; car c'est l'asthénie qui est le caractère dominant de cette observation, et que n'expliquerait pas l'étendue de la lésion. De plus, nous trouvons ici le passage rapide du deuxième au troisième degré ; enfin la pleurésie purulente, signalée par les auteurs comme fréquente dans les pneumo-typhoïdes.

PATHOGÉNIE ET ÉTIOLOGIE

Décrite par les auteurs sous les noms de *pneumonie maligne, érysipélateuse, asthénique, infectieuse, pestilentielle, typhoïde*, etc., l'affection qui nous occupe présente encore une pathogénie assez obscure. Elle paraît se développer sous l'influence de causes qui ont agi lon-

guement et lentement sur l'organisme, et se présente tantôt d'une façon sporadique, tantôt d'une façon épidémique.

Les opinions les plus contradictoires ont été émises sur la nature de la pneumonie typhoïde, aussi bien que sur la nature de la pneumonie franche :

1° Pour les uns (Friedrich, Bonnemaison, Banti, etc.), la pneumonie typhoïde est une maladie générale, tandis que la pneumonie franche est une affection locale.

2° L'école de Paris considère la pneumonie typhoïde, aussi bien que la pneumonie fibrineuse, comme une maladie locale.

3° Pour MM. Hayem et Gilbert, la nature de la pneumonie typhoïde ne pourra être reconnue que lorsqu'on aura prouvé l'unité ou la dualité de l'agent infectieux de la pneumonie et de la dothiénentérie.

4° Enfin, d'après une doctrine médicale plus ancienne et qui est encore soutenue dans cette École, l'essence de la pneumonie est une fièvre qui se localise sur le poumon. Cette opinion est aussi soutenue en Allemagne, et Jürgensen estime que l'agent infectieux est unique.

Il ne varie que dans son intensité et dans la réceptivité plus ou moins grande du sujet. Si le poison est atténué, s'il atteint un sujet robuste, la pneumonie franche est engendrée; si le poison est actif, si le sujet est débilité ou cachectique, la pneumonie typhoïde apparaît.

Leichtenstein a soutenu la doctrine de la dualité; le poison de la pneumonie franche est susceptible de produire la pneumonie typhoïde, et réciproquement.

Pour Barella, la pneumonie typhoïde n'est souvent qu'une expression de l'intoxication typhique.

Cette dernière opinion est celle que nous avons adoptée pour désigner cette affection, non pas survenue dans le cours d'une dothiénentérie, véritable complication de cette affection, mais qui marque le début de la fièvre et dont les symptômes dépassent le plus souvent en intensité les symptômes gastro-intestinaux, si bien que la détermination principale de la fièvre semble se faire d'emblée sur le poumon plutôt que sur le tube intestinal. La pneumonie serait donc produite

par le poison typhique lui-même et constituerait une véritable détermination pulmonaire de l'intoxication typhique.

Il existe certainement une grande analogie entre la cause de ces pneumonies nées sous l'influence d'une constitution médicale et le miasme typhique. Quant à la nature du miasme, il est plus difficile de l'établir, à moins d'accepter la thorie parasitaire, qui, depuis une vingtaine d'années, tend à se faire accepter.

C'est ainsi qu'en 1863, Tigri constate l'existence de bactéries dans le sang d'individus morts de fièvre typhoïde.

En 1868, Hallier soutient la même théorie, donnant comme ferment spécial le *rhizopus nigricans*, qu'il a trouvé dans le sang des typhiques.

En 1874, Klein découvre dans les selles, dans les vaisseaux lymphatiques et dans le tissu adénoïde de la muqueuse intestinale, au niveau des plaques de Peyer, des corpuscules arrondis d'un brun verdâtre, qu'il rapporte à une espèce de champignon signalée dans les eaux d'un quartier de Breslau.

En 1880, c'est Klebs, de Prague, qui découvre, à l'autopsie de vingt-quatre sujets emportés par la dothiénenterie, des microbes nouveaux dans la muqueuse intestinale, dans l'épaisseur des cartilages du larynx, dans des foyers de pneumonie lobulaire. Dans les ganglions, ces petits organismes se présentaient sous la forme de bâtonnets, qu'il a désignés sous le nom de *monas pulmonale*.

Ce sont ces monadines qui produisaient, non-seulement des pneumonies, mais des néphrites, des hépatites, des endocardites. On ne les connaît, du reste, que par leurs effets, qui sont la tuméfaction de la rate, la coloration feuille-morte du myocarde et la dégénérescence vitreuse du muscle cardiaque, se traduisant fonctionnellement par l'affaiblissement des pulsations cardiaques, s'accompagnant de la dégénérescence des abducteurs de la cuisse et des muscles droits de l'abdomen, où elle est le plus fréquente.

Cependant nous ne pouvons nous empêcher de reconnaître qu'à côté de ces lésions comparables ou, mieux, identiques à celles du poison

typhique, il y a à signaler l'absence des lésions caractéristiques des plaques de Peyer.

Causes prédisposantes : 1° La pneumonie typhoïde est beaucoup plus fréquente de dix-huit à trente ans que dans le reste de l'existence ;

2° Elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme ;

3° Aucune constitution, aucun tempérament, ne semblent être à l'abri de cette affection ;

4° Elle est plus fréquente dans les pays septentrionaux, en Angleterre, en Allemagne, que dans nos climats ;

5° Dans les deux tiers des cas, elle a occupé le lobe supérieur ; souvent les deux sommets sont pris à la fois ;

6° Elle est ou sporadique ou épidémique. Dans ce dernier cas, la nature infectieuse et contagieuse de la pneumonie typhoïde s'explique plus facilement.

SYMPTOMATOLOGIE

La pneumonie typhoïde, qui ne prend naissance que sous l'influence de causes générales, et qui sévit tantôt d'une manière sporadique, tantôt sous forme d'épidémies, ne se révèle pas tout d'abord par les signes locaux de la pneumonie. Le plus souvent, il y a des prodromes bien accusés pendant plusieurs jours. Chez plus des deux tiers de ses malades, Grisolle a noté un malaise général, de la céphalalgie et un anéantissement des forces ; parfois, il y avait aussi, dès le début, des épistaxis et de la diarrhée, symptômes qui auraient plutôt fait soupçonner le début d'une fièvre typhoïde que d'une pneumonie.

Pendant l'épidémie qui a sévi à Florence en 1877-78, le docteur Banti a constaté que, « avant le début de la fièvre, on notait, pendant » un temps plus ou moins long, du malaise, de la céphalalgie, de l'a-

» battement, une grande prostration; et lorsque, après ce stade pro-
» dromique, la fièvre s'allumait, le plus souvent elle n'était pas accom-
» pagnée de phénomènes subjectifs ou objectifs, qui permettent de
» reconnaître l'inflammation pulmonaire. »

Si nous arrivons à l'examen des signes locaux, souvent précédés de signes importants d'adynamie, nous trouvons que le point de côté est plus diffus et beaucoup moins violent que dans la pneumonie fibrineuse; la dyspnée est peu intense, la toux plus rare, l'expectoration peu abondante ou nulle quand elle existe ; elle est peu franche, diffluente ou jus de pruneaux. De même, les signes physiques locaux manquent de netteté et sont beaucoup moins précoces que dans cette dernière affection. Le souffle s'entend d'emblée, sans crépitation préalable.

Souvent, on ne perçoit au début que de l'affaiblissement du murmure vésiculaire, ou bien les râles crépitants entendus pendant l'inspiration sont plus gros que ceux de la pneumonie ; parfois, il semble que l'hépatisation reste d'abord centrale, en tout cas lente à se manifester ou à arriver à la surface, et produire alors les phénomènes stéthoscopiques que l'on cherche en vain au début ; tout au contraire, le passage de l'hépatisation rouge à l'hépatisation grise, c'est-à-dire du deuxième au troisième stade, se fait d'une manière très-rapide.

La portion du poumon atteinte est loin d'être toujours la même; dans quelques épidémies, c'est de préférence le sommet qui a été atteint plutôt que le lobe inférieur ou la base, contrairement à ce qu'on rencontre d'habitude dans la pneumonie primitive, et plutôt le sommet droit que le sommet gauche ; pourtant les deux sommets peuvent être également atteints, l'affection étant bien plus souvent bilatérale que cela n'a lieu dans les cas de pneumonie franche.

Les symptômes généraux ont même permis d'établir deux variétés :

1° La forme ataxique avec délire précoce, soit violent, soit paisible, ou même du subdelirium ; puis on a noté en même temps des soubresauts des tendons, parfois même de la roideur tétanique des membres, phénomènes se rapportant à l'ataxie plutôt qu'à l'asthénie ;

2° La forme adynamique, plus fréquente que la précédente, dans

laquelle l'adynamie survient, ou bien en même temps que les phénomènes locaux, ou bien avant l'appparition de ces symptômes, quelquefois même quelques jours après eux.

La face porte l'empreinte de la stupeur. Les malades restent constamment couchés sur le dos; leur faiblesse est extrême, la contractilité musculaire tellement altérée qu'ils ne peuvent rester assis, à moins d'être soutenus par des aides; si on les abandonne à eux-mêmes, ils perdent à moitié l'équilibre et retombent sur les oreillers comme une masse inerte. Le ventre n'est pas ballonné ; mais il existe parfois, dès le début, une diarrhée fétide et sans coliques.

La température arrive, dès le début, à un degré très-élevé. Elle oscille, le soir, autour de 40° C, avec des rémissions matinales de quelques dixièmes de degré.

La tuméfaction de la rate est la règle ; elle est parfois fort prononcée et peut même s'accompagner de tuméfaction du foie. L'albuminurie est aussi la règle. Le sang a été trouvé sirupeux; en tout cas, il ne renferme pas, à beaucoup près, la proportion de fibrine que l'on y rencontre dans la pneumonie franche.

En résumé, le début de l'affection est le plus souvent insidieux. L'ensemble extérieur est habituellement celui de la stupeur, de l'adynamie ou de l'ataxie, et tout semble indiquer l'imminence d'une fièvre typhoïde. La langue est aride, sèche, rapidement croûteuse ; la diarrhée est fréquente et l'ictère est loin d'être rare.

C'est donc le tableau de la fièvre putride ou de la fièvre adynamique des anciens, plus une pneumonie due certainement à la malignité de l'état général.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous trouverons encore ici des différences remarquables entre les lésions de la pneumonie franche et celles que produit la pneumonie typhoïde.

Le cœur et les gros vaisseaux sont le plus habituellement remplis d'un sang en dissolution, noirâtre et fluide. Le myocarde, atteint de dégénérescence graisseuse, présente la coloration feuille-morte.

La rate, ordinairement augmentée de volume, est ramollie, et en certains points son parenchyme est comparable à de la lie de vin.

Dans quelques cas, on a noté la dégénérescence vitreuse des muscles droits de l'abdomen, signalée par Hoffmann et Zenke.

Dans le tube intestinal, les lésions caractéristiques de l'infection typhique manquent toujours, et on n'observe jamais l'altération des ganglions lympathiques du mésentère.

Si nous examinons les lésions pulmonaires, nous verrons qu'elles diffèrent essentiellement de celles de la pneumonie légitime : au lieu de trouver les alvéoles remplis de fibrine amorphe et de globules de pus englobés par de la fibrine, on a trouvé une prolifération des cellules du tissu conjonctif des espaces interalvéolaires et interlobulaires.

« Les capillaires qui serpentent le long des parois alvéolaires, remplis de sang et dilatés, décrivaient des ondulations et formaient des anses proéminant dans la cavité des alvéoles. Ceux-ci étaient remplis d'une immense quantité de globules rouges, de quelques leucocytes, et ça et là, dans quelques alvéoles, de filaments déliés de fibrine. » (Banti).

M. Hayem a trouvé également le contenu des alvéoles essentiellement formé de leucocytes et d'éléments épithéliaux englobés, ici dans une petite quantité de fibrine fibrillaire, et là dans une matière granuleuse peu abondante.

Comme conclusion, nous trouvons dans les divers stades de la maladie les caractères suivants :

1er stade, congestion hémorrhagique;

2e stade, activité proliférative des cellules épithéliales de l'alvéole et de l'endothélium du tissu conjonctif intervalvéolaire et interlobulaire;

3e stade, métamorphoses régressives, subies par l'exsudat qui s'était produit pendant le 2e stade.

Enfin, il faut ajouter à ces lésions pulmonaires la coexistence très-fréquente d'une pleurésie purulente.

Ces considérations pourraient nous permettre de donner l'explication de certaines pneumonies contagieuses dites *zymotiques*, sur lesquelles on a beaucoup insisté en Angleterre, dans ces derniers temps, et qui ont institué de petits foyers biens circonscrits de village ou de maison dans lesquels la contagion peut être parfois sûrement établie.

Ne trouvons-nous pas, du reste, l'analogie de ces pneumonies dans la maladie des bêtes à cornes désignée sous le nom de *péripneumonie contagieuse* ?

En 1850, M. Dumas obtenait la création d'une commission chargée de faire des expériences propres à mettre en lumière les faits relatifs à la contagion et à la prophylaxie de la péripneumonie.

Il fut établi que quatre-vingts animaux sur cent contractaient le mal par simple cohabitation; mais on remarqua que plusieurs vaches, qui avaient résisté à la contagion, avaient été atteintes d'une toux plus ou moins grave, indice de l'existence chez elles d'une forme ébauchée de la maladie. Ces faits ont conduit à l'inoculation préservatrice.

DIAGNOSTIC

L'existence de la pneumonie étant constatée, il s'agit de savoir à quelle espèce de pneumonie on a affaire.

D'après Liebermeister, « la pneumonie typhoïde ne présente pas de difficultés de diagnostic pour un observateur exact. »

Cette opinion peut être vraie pour ce qui concerne la pneumonie typhoïde épidémique ; mais, dans nos climats, l'épidémie est l'exception, et, pour un cas de pneumonie typhoïde sporadique, le médecin peut toujours hésiter entre une pneumonie fibrineuse, une broncho-pneumonie, une fièvre typhoïde au début ou une pneumo-typhoïde.

Examinons rapidement ces divers cas :

1° La pneumonie franche, lobaire ou fibrineuse, survient généralement sous l'influence d'une cause occasionnelle, le plus ordinairement sous l'influence d'un refroidissement. C'était anciennement la seule cause reconnue de pneumonie. Cette assertion a été surtout combattue par Chomel et Grisolle. Cependant ces auteurs reconnaissent que le froid est, dans le quart des pneumonies, la cause occasionnelle évidente de cette affection.

Si nous arrivons à l'examen des symptômes, nous verrons que, dans la pneumonie franche, nous ne trouvons que peu ou pas de période d'incubation. La maladie débute ordinairement par un frisson, frisson unique et habituellement violent, bien qu'on ne l'observe pas dans tous les cas.

Les phénomènes locaux se présentent généralement les premiers : point de côté d'une étendue plus ou moins variable, d'une intensité plus ou moins grave, suivant que la pleurésie existe ou est absente ; point de côté que tous les malades rapportent à un point spécial, siégeant au-dessous du mamelon, s'exaspérant par les efforts de toux et par les mouvements d'inspiration. Il y a, en outre, accélération des mouvements respiratoires et sentiment d'anxiété et d'oppression, plutôt que véritable dyspnée.

La toux est un symptôme presque constant. A côté de ces phénomènes locaux, et quelquefois après eux, se développe un mouvement fébrile intense. La peau est sèche ou couverte de sueurs ; le malade éprouve un malaise général, de la céphalalgie et quelquefois de la stupeur. La face est rouge et animée ; la langue est surtout saburrale ;

on a souvent noté au début des vomissements bilieux; enfin, généralement, on voit sur les lèvres et autour des narines de nombreuses bulles d'herpès.

En résumé, la pneumonie franche ou fibrineuse est caractérisée par des signes fonctionnels: point de côté, dyspnée ou oppression: toux quinteuse, constante; expectoration rouillée et visqueuse, et des signes physiques: râle crépitant, sec, souffle tubaire et bronchophonie.

La fièvre a une marche cyclique, la défervescence est brusque dès le septième ou le huitième jour: on la reconnaît à un amendement notable des symptômes; quelquefois on observe en même temps des sueurs ou de la diarrhée.

Le chlorure de sodium diminue dans les urines en notable quantité : de 11 grammes il est réduit à 3 grammes et même à 1 gramme, ou disparaît même dès le troisième jour. Les urines contiennent toujours de l'albumine en plus ou moins grande quantité.

D'une façon générale, la maladie ne laisse pas de traces de son passage. Mais aucun de ces symptômes n'a par lui-même une importance telle qu'on puisse le considérer comme pathognomonique : ainsi, le point de côté se trouve dans la pleurésie et la pleurodynie ; la dyspnée n'a rien par elle-même de caractéristique. On peut en dire autant du râle crépitant que l'on rencontre dans d'autres affections, telles que l'apoplexie pulmonaire, l'œdème pulmonaire, la bronchite capillaire, etc., qui peut même faire défaut, par exemple, dans la pneumonie des enfants et des vieillards. D'où l'on voit qu'aucun de ces signes n'est infaillible et que de leur réunion seule peut naître la conviction.

Mais nous ne trouvons jamais, dans la pneumonie fibrineuse, cet état typhoïde caractérisé par l'hébétude et la stupeur prononcées du sujet, ce délire précoce, ces épistaxis répétées, cette agitation continuelle, ce brisement général du corps et même ce ballonnement du ventre, que les auteurs ont signalé dès le début de la pneumonie typhoïde.

L'anatomie pathologique accuse encore des divergences plus ac-

centuées. L'absence de réticulum fibrineux est constatée par la majorité des observateurs. M. le professeur Hayem a constaté, dans l'aspect du sang frais examiné dans les premiers jours de la maladie, des caractères différentiels évidents : « Nous n'avons jamais pu y constater, dit-il, les caractères assignés au sang phlegmasique (reticulum fibrineux à mailles nombreuses et épaisses, augmentation du nombre des globules blancs, transformation des mers plasmatiques en lacs, etc.), à tel point qu'en présence même des signes apparents d'une pneumonie fibrineuse, nous avons pu en rejeter l'existence et, lors de l'apparition des symptômes typhiques, nous rattacher à l'hypothèse d'une pneumonie typhoïde. »

2° La bronchopneumonie ou pneumonie lobulaire, catarrhale, sera plus facilement distinguée de la pneumonie typhoïde. La bronchopneumonie même, lorsqu'au début elle s'accompagne de fièvre assez vive, de malaise avec faiblesse, abattement, légère stupeur, peut toujours être différenciée de la pneumo-typhoïde. C'est presque toujours une affection secondaire; elle débute généralement par les symptômes d'un catarrhe pulmonaire, coryza ou bronchite. Cette affection se caractérise par deux signes importants : la dyspnée, qui se transforme facilement en asphyxie, et le bruit de tempête de Récamier, constitué par des râles sous-crépitants mêlés à des râles muqueux à grosses bulles, et à des rhoncus sonores, sibilants ou ronflants, ces différents bruits se confondant et arrivant à l'oreille comme fusionnés.

La marche de la maladie n'est pas non plus celle de la pneumonie typhoïde, l'affection procédant par noyaux disséminés et par poussées successives.

Son caractère deutéropathique suffit presque, à lui seul, à la distinguer de la pneumo-typhoïde, puisqu'il est bien entendu que nous ne traitons que de la pneumo-typhoïde primitive, et non point de la pneumonie survenant dans le deuxième ou le troisième septenaire de la dothiénentérie et véritable complication de cette affection.

3° Le diagnostic de la pneumonie avec la fièvre typhoïde peut être plus embarrassant, surtout lorsque les signes de la pneumonie ne sont

pas précoces, et qu'au contraire il y a des prodromes bien accusés pendant plusieurs jours.

Le malaise général, la céphalalgie et l'anéantissement des forces, les épistaxis et la diarrhée, si souvent observés au début de cette affection, la marche de la température, peuvent faire soupçonner le début d'une fièvre typhoïde ; mais les signes fonctionnels et physiques ne tardent pas à mettre l'observateur sur la voie ; il ne reste plus alors qu'une question à trancher : celle de savoir s'il s'agit d'une pneumonie complicative de la dothiénentérie ou d'une pneumonie asthénique primitive.

Ici encore les auteurs signalent l'irrégularité de la courbe thermique, la rareté relative des épistaxis, de la céphalalgie, du gargouillement de la fosse iliaque, et surtout l'absence des taches rosées lenticulaires.

« L'examen du sang (Hayem) pourrait encore fournir les meilleures indications, puisque l'on constate encore, dans la pneumonie typhoïde, l'absence du reticulum fibrineux. »

TRAITEMENT

L'indication causale est bien différente à remplir. Partisan de la théorie parasitaire de l'infection typhique, Kunke, en Allemagne, a préconisé les injections d'acide phénique. Il est évident que ce sont les antiseptiques qui doivent être mis au premier rang pour combattre les microbes, agents de l'infection.

Mais c'est surtout l'indication symptomatique qui doit mériter l'attention du médecin. Le sulfate de quinine me paraît fort utile dans le traitement de la pneumo-typhoïde, surtout comme antipyrétique, tout en admettant que la quinine peut agir d'une autre manière, en mettant par exemple, dans une certaine étendue, obstacle à la tendance à

la suppuration. Les préparations de quinquina auront également le même but.

L'alcool a été aussi souvent employé avec succès pour combattre les symptômes d'ataxie ou d'adynamie, pour amener un abaissement de la température, enfin ce qu'il ne faut pas négliger, lorsque le sujet est ou affaibli ou alcoolique.

Le musc a été préconisé par Trousseau (clinique de l'Hôtel-Dieu) pour combattre l'élément délire.

Enfin si nous y ajoutons les révulsifs locaux, et surtout les vésicatoires, tout en n'oubliant pas de surveiller l'état de la plaie, je crois que nous aurons résumé ce qu'il y a de plus important dans le traitement de cette affection.

CONCLUSIONS

1° La pneumo-typhoïde est une forme spéciale de pneumonie à étiologie propre et spéciale, à la fois infectieuse et contagieuse au même titre que les autres pyrexies, les fièvres éruptives par exemple ;

2° Elle est tantôt épidémique, tantôt sporadique ;

3° Elle se présente sous divers états ataxique, adynamique ou mixte ;

4° Enfin, son pronostic est des plus graves.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Lépine. — Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.

Laennec. — Traité de l'auscultation médiate.

Grisolle. — Traité de la pneumonie.

Chomel. — Dictionnaire en 30 volumes.

Damaschino. — Des différentes formes de la pneumonie aiguë chez les enfants. Thèse de doctorat. Paris, 1867.

Trousseau. — Clinique de l'Hôtel-Dieu.

Griesinger. — Traité des maladies infectieuses.

Deslair. — Fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1877.

Peter. — Clinique médicale.

Bonnemaison. — Union médicale, 1875.

Gauchet. — Id. 1860.

Balzer. — Dictionnaire de Dechambre.

Galissart de Marignac. — De la pneumonie lobaire. Thèse de Paris, 1881.

Ch. Floquet. — De la pneumonie typhoïde. Thèse de Paris, 1879.

Guido-Banti. — Archives générales de médecine, 1880.

Hayem et Gilbert. — Id. mars 1884.

Vu :
Le Président censeur,
BOYER.

Vu et bon à imprimer :
Le Doyen,
J. BENOIT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie,
correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

QUESTIONS DE THÈSE

AUXQUELLES LE CANDIDAT RÉPONDRA VERBALEMENT

(Arrêté du 22 mars 1842)

Chimie médicale et Pharmacie

La cause de la fermentation de l'urine et les produits de cette fermentation.

Physique médicale

Théorie physique de l'audition.

Botanique et Histoire naturelle médicale

Comment s'opère la fécondation végétale.

Anatomie

Description des vésicules séminales.

Anatomie pathologique et Histologie.

De la structure de Cristallin.

Physiologie

Des fonctions du nerf spinal.

Pathologie médicale ou interne

L'inflamation est-elle toujours de même nature.

Pathologie chirurgicale ou externe

Du phlegmon diffus.

Thérapeutique et Matière médicale

Des diverses préparations ferrigineuses, leurs indications spéciales.

Opérations et Appareils

Des amputations partielles du pied.

Médecine légale et Toxicologie

Diagnostic médico-légal des blessures post mortem.

Hygiène

De l'utilisation des eaux d'égouts.

Accouchements

Qu'elles sont les influences de l'avortement sur l'avenir de la femme.

Clinique interne

De la température dans la fièvre typhoïde.

Clinique externe

Du débridement dans les plaies par arme à feu.

Clinique des maladies mentales et nerveuses

Du délire affectif.

Titre de la Thèse à soutenir

De la pneumonie typhoïde.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque!